

LA ORGANIZACIÓN INNOVADORA: EL CASO DE LOS HOSPITALES REGIONALES DE ALTA ESPECIALIDAD

Tirso Suárez-Núñez

Profesor-investigador de la Universidad Autónoma de Yucatán

Leonor Elena López Canto

Profesora-investigadora de la Universidad Autónoma de Yucatán

Es evidente que, a pesar de la diversidad organizacional, las grandes empresas mercantiles y sus formas burocráticas maquinales han prácticamente acaparado la atención de los estudios y estudiosos de gestión y organizaciones y, en consecuencia, no se ha atendido lo suficiente a las organizaciones de gran relevancia social y humana —hospitales, universidades, empresas de consultoría, de diseño, de entretenimiento, etc.— que se conocen como organizaciones profesionales y se distinguen por el funcionamiento descentralizado de operarios calificados, como médicos, profesores y profesionistas en general, que trabajan de manera cuasi autónoma resolviendo problemas complejos para lo que recibieron un largo periodo de entrenamiento previo (Mintzberg, 1989; March, 2007).

Las diferencias en cuanto a la estructura, proceso y gobernación de las organizaciones buro-

cráticas-maquinales respecto a las profesionales son importantes, pero ante el desequilibrio en materia de saberes hay una constante tentación de aplicar los conocimientos de las primeras para el manejo y conducción de las segundas, lo que no siempre conlleva a los resultados deseados, o bien provoca efectos inesperados, principalmente en el caso de la organización hospitalaria (Scott, Ruef, Mendel y Caronna, 2000). Por otra parte, en los albores del siglo **xxi** aparecen signos claros de una transición organizacional que va más allá de las palabras de moda que anticiparon su llegada; sus causas parecen ser una convergencia de factores económicos, tecnológicos, informáticos, industriales y políticos que anuncian una nueva época. Al respecto, los expertos señalan que así como la era industrial dio lugar a la organización burocrática —con énfasis en la jerarquía, estabilidad y control— la era postin-

dustrial traerá consigo nuevas formas que serán similares a los clanes, es decir, neopatrimoniales, flexibles, informales, descentralizadas y formarán redes culturalmente integradas (DiMaggio, 2001; Ostroff, 1999; Pettigrew y Massini, 2003; Reich, 2007).

En cuanto a la organización y gestión hospitalaria, en el mundo se percibe una especie de imperativo tecnológico que impulsa la innovación en los servicios de salud y que proviene del avance de los sectores farmacéutico, biotecnológico, genómico-proteínico, equipamiento médico e informático. La aplicación en el hospital de los productos y servicios emanados de los sectores antes citados ha contribuido, por una parte, a aumentar la longevidad y calidad de vida de la población, así como a incrementar la productividad del trabajador del hospital, pero también ha tenido como consecuencia un aumento en los costos de operación e inversión de las unidades médicas (Burns, 2005). El ascenso de las nuevas formas, sin embargo, nunca es lineal, universal ni completo: las huellas de las organizaciones de la era previa —racionalidad instrumental, jerarquías fijas, división del trabajo, normas formales— prevalecen en diferentes grados en la nueva era. Las formas antiguas persisten y coexisten con nuevas variantes, demandando del analista sensibilidad histórica y una cuidadosa comparación entre sociedades y organizaciones al realizar sus reflexiones y recomendaciones (Pettigrew y Massini, 2003; Ibarra-Colado, 2007).

1. Planteamiento del problema

En medio de este panorama, la innovación está emergiendo en la organización hospitalaria mexicana: un ambicioso proyecto de la Secretaría de Salud (SSA) del gobierno federal para crear 18 hospitales regionales de alta especialidad (HRAE) tiene como parte medular la intención de brindar servicios hospitalarios de calidad mediante unidades de “accesibilidad universal”. Dicho proyecto contiene elementos que podrían considerarse como innovaciones en materia de organización, gestión y financiamiento respecto a sus equivalentes en los organismos de salud.

Por eso resulta necesario conocer la complejidad, características y especificidades propias de los HRAE, por lo cual se planteó un proyecto de investigación que pretende dar respuesta a dos grandes interrogantes: ¿qué tan innovadores son? y ¿cuáles han sido los principales obstáculos a los que se han enfrentado en su instrumentación y operación?

El alcance del proyecto, en cuanto a cobertura, establece el estudio de las 18 redes regionales de servicios de salud, conforme al plan original establecido por la SSA, y en cuanto a tiempo, se tiene previsto un lapso de tres años. El estudio se aborda desde una perspectiva metodológica cualitativa, mediante entrevistas no estructuradas y semiestructuradas a funcionarios y directivos, visitas y observación en los establecimientos, así como información proveniente de documentos oficiales, páginas web y fuentes periodísticas.

El presente artículo reporta los primeros resultados de dicho proyecto y plantea los primeros hallazgos relacionados con las preguntas de investigación. El trabajo de campo se orienta a los casos de los HRAE de Yucatán, Sinaloa y Guanajuato y se divide en las siguientes secciones: introducción y planteamiento del problema, breve esbozo de las características de la organización hospitalaria e innovación, descripción del modelo de organización y gestión de los HRAE, evaluaciones del modelo para identificar la innovación que comporta y, por último conclusiones preliminares en relación con los avances alcanzados.

2. La organización hospitalaria (OH) y la innovación

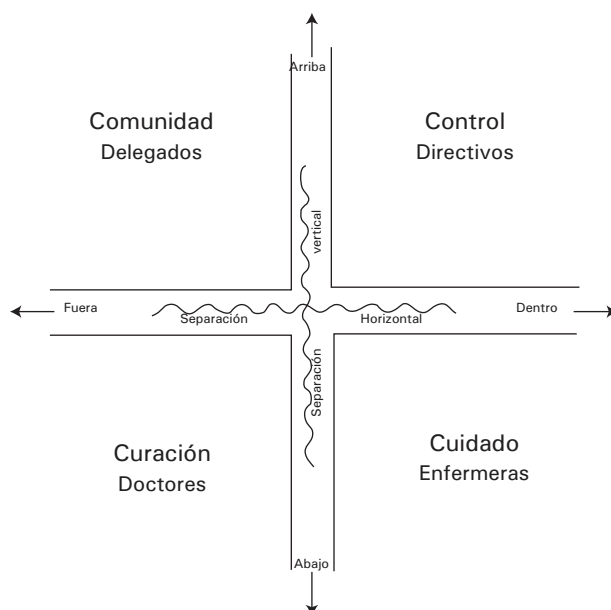
A la OH —clasificada como organización profesional— también se le ubica en el grupo de las pluralísticas o plurales, debido a que posee las siguientes características: a) múltiples objetivos; b) poder difuso y c) proceso laboral basado en el conocimiento; se reconoce que las organizaciones plurales serán cada vez más prevalecientes, en la medida en que se usen arreglos cooperativos, como estructuras matriciales, redes, etc., y conforme los trabajadores del conocimiento des-

taquen cada vez más en las actividades (Denis, Langley, y Rouleau, 2007).

Desde otro ángulo, Glouberman y Mintzberg (2001) manifiestan que la OH no es una organización propiamente dicha, sino cuatro incrustadas en el seno de un establecimiento. Como se muestra en la gráfica I, cada organización considera cuatro mundos: *i)* el de la curación, integrado por la comunidad médica, la cual funciona mediante sus arreglos de jefes y comités, que operan y gestionan abajo, pero que están fuera de la jerarquía por ser profesionales independientes; *ii)* el mundo del cuidado, que es un servicio suministrado por

enfermeras y otras profesiones similares, pero que funcionan dentro de la jerarquía hospitalaria; *iii)* el mundo del control, que es el espacio de los administradores convencionales, alejados de las operaciones, pero que están dentro del establecimiento y responden por él; y finalmente, *iv)* el mundo de la comunidad, formalmente representado por los delegados de los propietarios o por consejeros voluntarios, los cuales están alejados de las operaciones y adicionalmente no pertenecen a la jerarquía del hospital, sin embargo, tienen encomendada la delicada función de gobernarlo (Glouberman y Mintzberg, 2001).

Gráfica I
Los cuatros mundos de la organización hospitalaria



Fuente: Glouberman y Mintzberg (2001).

Los cuatro mundos del hospital son componentes necesarios del sistema de cuidado de la salud y cura de la enfermedad, pero están desconectados en virtud de sus valores irreconciliables, sus estructuras incompatibles y las actitudes intransigentes de sus miembros. Más aún, en la medida en que estos cuatro mundos están disociados, se opera en un estado de crisis latente y se incrementa de manera exponencial la

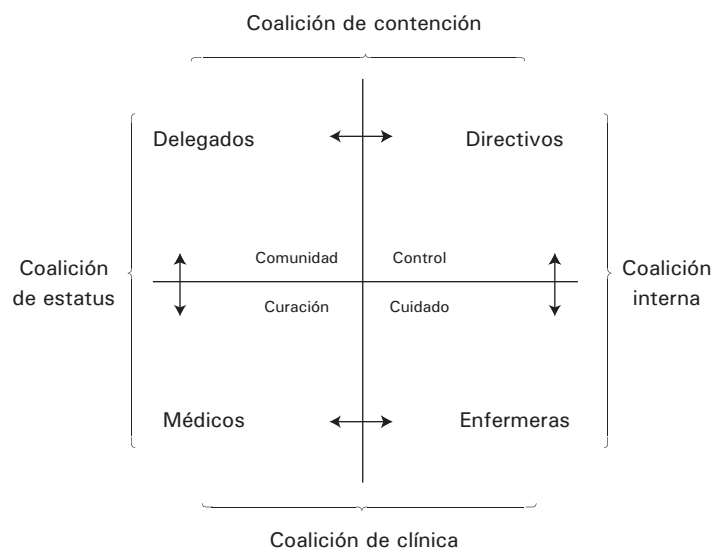
posibilidad de que la OH quede fuera de control (Mucchielli, 2005).

Al no haber una clara concentración de poder, la OH funciona mediante arreglos o equilibrios temporales producto de coaliciones, como: *i)* la coalición interna, integrada por enfermeras y directivos o *managers*, para enfrentarse a los médicos; *ii)* la coalición clínica de enfermeras con los médicos, para enfrentarse a los adminis-

tradores; iii) la coalición de estatus, que forman los médicos con los delegados o miembros de la junta de gobierno, con los cuales comparten el orgullo de ser independientes del establecimiento y, pese a ello, muy influyentes en el mismo, y iv) la coalición de contención, que integran los

delegados, los miembros de la junta de gobierno y los administradores para tratar de contener el gasto (gráfica II). Los delegados e integrantes de las juntas de gobierno normalmente no se coaligan con las enfermeras y jefes de turno (Glouberman y Mintzberg, 2001).

Gráfica II
Coaliciones de poder de las organizaciones hospitalarias



Fuente: Glouberman y Mintzberg (2001).

A lo delicado del poder dentro de la OH se añade la complejidad del ámbito externo. Scott *et al.* (2000) argumentan que, como cualquier organización, la OH tiene dos categorías de ambientes: el económico y el social, cada uno con características propias.

En relación con lo económico, tres factores dan distinción al ambiente del hospital: *i)* la demanda: en cuanto a que los servicios médicos no necesariamente se negocian en el mercado; adicionalmente, los usuarios, por su condición de pacientes, no pueden evaluar de manera efectiva los beneficios de un posible tratamiento ni tampoco lo apropiado que resulta, por ello, en realidad son los médicos quienes toman las decisiones, *ii)* la oferta: referido a que la práctica de la medicina está muy reglamentada y restringida a los que tienen un certificado; el caso de los médicos es el extremo, su entrenamiento

es largo, caro y el acceso a las escuelas permanece severamente regulado, y *iii)* La tecnología: el sector hospitalario descansa en tecnologías que demandan personal altamente especializado, diagnósticos elaborados y tratamientos especiales que ayudan a reducir el dolor, mejorar el funcionamiento de los órganos y, en general, alargar la vida.

En el ambiente social del hospital es especialmente importante la cuestión institucional, a través de sus tres componentes: la lógica institucional, los actores institucionales y los sistemas de gobernación. La lógica institucional se refiere a conjuntos de prácticas y construcciones simbólicas que constituyen principios organizativos disponibles para los individuos y las organizaciones, son mapas mentales, sistemas de creencias que guían y dan sentido a las actividades. Los actores institucionales funcionan como portado-

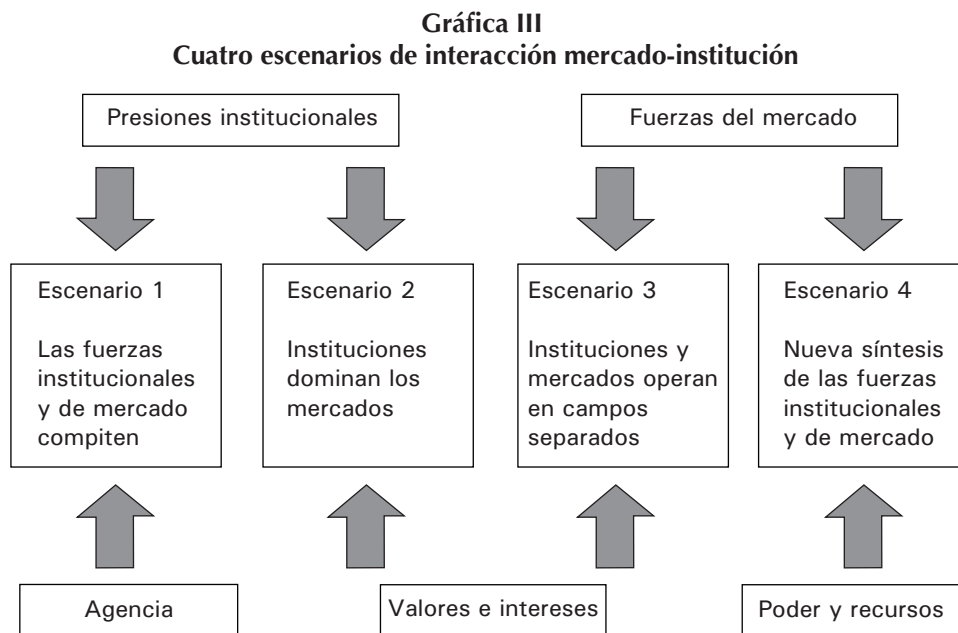
res y como creadores de la lógica institucional, son tanto individuos como organizaciones.

Los sistemas de gobernación son los arreglos que sostienen el control de un grupo de actores hacia otros, se crean por mutuo acuerdo, por una autoridad jerárquica legítima, o por medios coercitivos no legítimos. En los hospitales y en los sistemas de salud, los tres actores que tradicionalmente participan en su gobernación son: los profesionales, principalmente médicos; las agencias gubernamentales y, recientemente, los *managers*.

Los cambios en la gobernación normalmente tienen una fuerte influencia en las formas organizacionales que se adoptan y en la manera en que las fuerzas competitivas operan. Un importante cambio en el ambiente institucional en materia de salud y hospitales sucede cuando los médicos son sustituidos en la dirección de los hospitales por *managers* entrenados en *business schools*. En Estados Unidos, las grandes transformaciones de los sistemas de salud y hospitales reflejan claramente esto: la era de los profesionales termina en 1965 para dar paso a la era de la regulación gubernamental, y ésta culmina en 1982 para ceder su lugar a la era del control gerencial (Scott

et al., 2000; Glouberman y Mintzberg, 2001). En contraste, en Francia, por tradición, los directores son reclutados exclusivamente de la Escuela Nacional de Salud Pública de Rennes y tienen en su mayor parte formación jurídica y en ciencias políticas (De Kervasdoué, 2007).

Para Alexander y D'Aunno (2003), las transformaciones organizacionales en los hospitales son resultado del enfrentamiento de dos fuerzas: la del mercado y su preocupación por la eficiencia, los costos y todo lo que conlleva la ideología gerencial *versus* la fuerza de las instituciones con prioridad por la calidad, la calidez, el derecho a la salud y todo lo que representa la ética profesional médica. Este enfrentamiento da lugar a cuatro escenarios: *i*) las fuerzas del mercado y las instituciones están en constante enfrentamiento en el seno de las OH; *ii*) las instituciones dominan la fuerza del mercado mediante una fuerte regulación gubernamental; *iii*) las instituciones y mercados operan en dominios separados, sea mediante organizaciones diferenciadas (públicas y privadas) o servicios diferenciados en las OH; y *iv*) las fuerzas de mercado y las institucionales se acoplan y se sintetizan formas nuevas de organización (gráfica III).



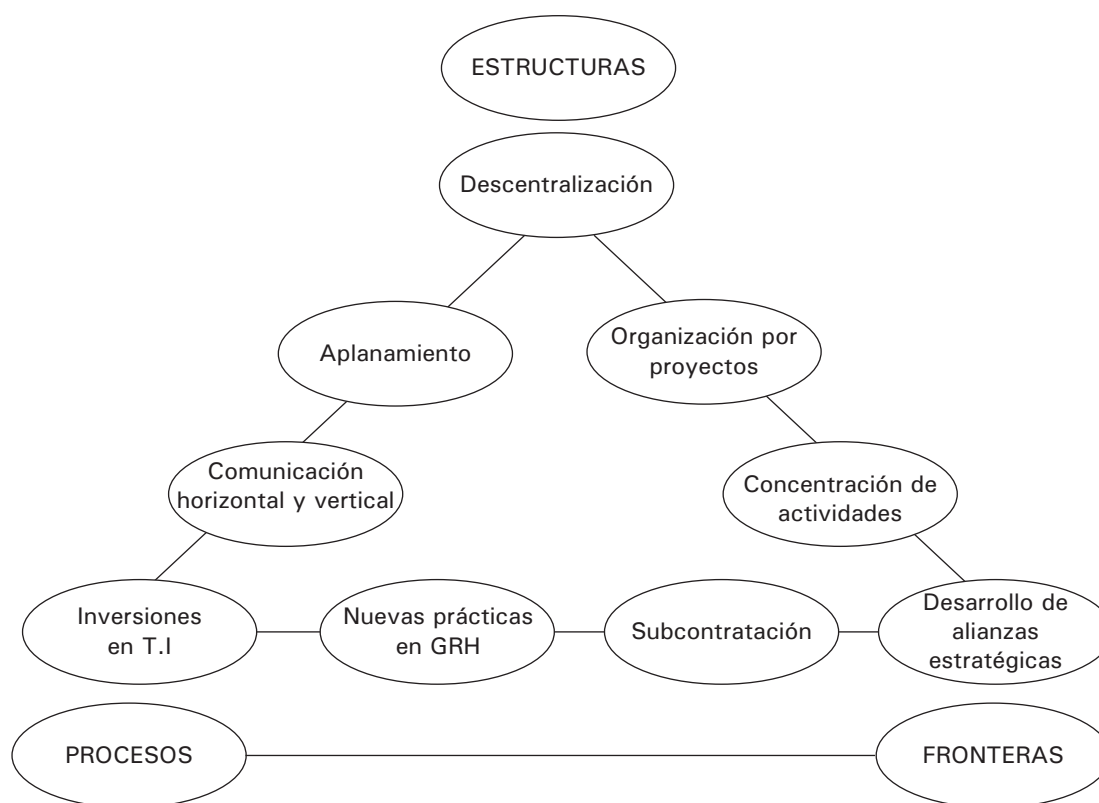
Fuente: Alexander y D'Aunno (2003).

Respecto al tema de la innovación organizacional, Pettigrew y Massini (2003) identifican cuatro tipos o grados: *i)* la genuina, de amplio espectro, como el desarrollo de la forma multidivisional en la década de 1930; *ii)* la que resulta de una nueva combinación de procesos y estructuras organizacionales no asociados previamente; *iii)* la que proviene de alguna nueva combinación de estructuras y procesos previamente asociados;

y *iv)* la que es novedosa en un sector industrial dentro de una economía particular, pero que de manera más general no lo es.

Los mismos autores sugieren nueve indicadores de cambio agrupados en tres elementos principales, interrelacionados entre sí (gráfica IV), que dan una idea del grado de innovación lograda por una organización determinada dentro del marco de la clasificación anterior.

Gráfica IV
Indicadores de innovación organizacional



Fuente: Pettigrew y Massini (2003).

3. Los hospitales regionales de alta especialidad

La concepción de los hospitales regionales de alta especialidad (HRAE) es consecuencia de estrategias generales que, en materia de salud, fueron establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, orientadas al logro de tres objetivos generales: *a)* la equidad en la prestación de los servicios de salud a la población, *b)* la calidad en

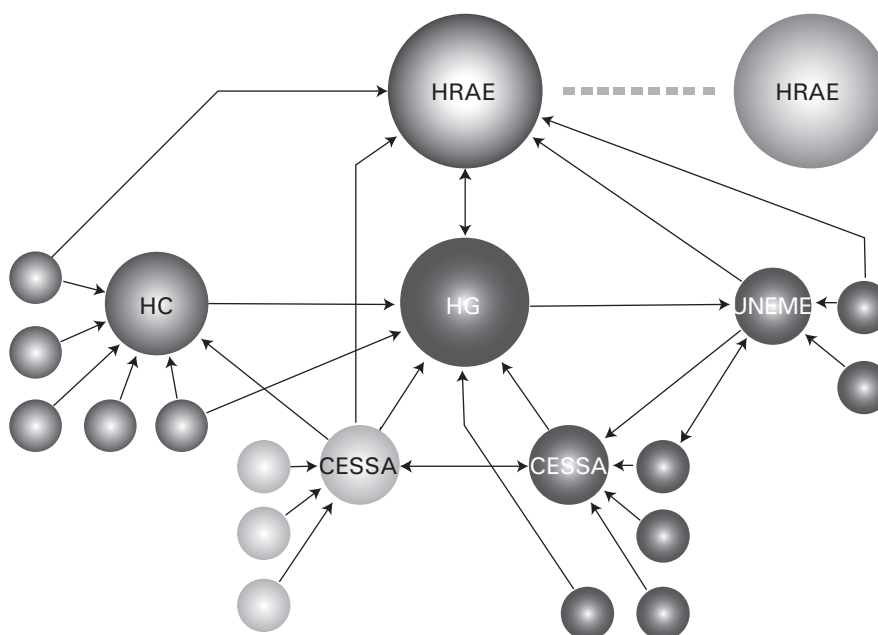
la prestación de estos servicios y *c)* la protección financiera de la población. Estas estrategias, en lo fundamental, han sido retomadas en el nuevo Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.

Dentro de este contexto, la SSA plantea como componente central 18 redes de servicios de salud regionales, cuya característica fundamental es que sus recursos y la información no permanecen estáticos en un establecimiento, sino que

fluyen a través de la red, asegurando así una mejor atención a usuarios y familiares (gráfica V). Dentro de estas redes se incluye la creación de nuevas unidades de atención a la salud, entre las que sobresale la figura del HRAE, que se define como “un establecimiento de prestación universal de servicios, dirigidos a la reparación de daños a la salud de baja frecuencia y alta complejidad, que involucran el empleo de una combinación

de procedimientos clínicos o quirúrgicos, con tecnología de última generación, alto costo y elevada calidad, realizados por equipos de profesionales de la medicina y otras disciplinas de la salud, con elevado nivel de formación y experiencia” (SSA, 2006: 18). Cada HRAE se constituirá como organismo público descentralizado de la administración pública federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios.

Gráfica V
Estructura de una red de servicios de salud



Fuente: SSA (2006:17).

Nomenclatura: Cessa: Centros de Salud con Servicios Ampliados; Uneme: Unidad de Especialidades Médicas; HC: Hospital Comunitario; HG: Hospital General; HRAE: Hospital Regional de Alta Especialidad.

Con esto se identifica la intención de lograr un cambio sustancial en dos niveles:

- 1) El interorganizacional. El esquema actual de prestación de servicios está integrado por tres niveles de atención, los cuales, en la práctica, constituyen fuertes barreras para la adecuada atención al paciente. El cambio pretendido consiste en que, con

la organización en redes, el paciente —en caso de requerirlo— tendrá acceso directo, ágil y oportuno al HRAE. Estos últimos, a su vez, están integrados a una red mayor que abarca los hospitales de alta especialidad del sector de seguridad social.

Mediante estas redes se pretende hacer realidad una mayor capacidad resolutive para la atención médico-sanitaria de las personas y que se acerque a las comunidades los beneficios de las especialidades médicas, tomando como criterios rectores la calidad, seguridad, eficiencia, ética y respeto a los derechos humanos.

- 2) El nivel organizacional. En este ámbito se pretende que los HRAE operen bajo el denominado “Modelo de Gestión del HRAE”, cuyos elementos básicos se describen a continuación (Ssa, 2006).

3.1 Gobernación

En el ámbito externo al hospital, la SSA ejerce la función rectora, no sólo como cabeza del Sistema Nacional de Salud, sino a través de su presencia en los órganos de gobierno de los HRAE. En cada HRAE, el órgano máximo es la Junta de Gobierno, presidida por el secretario de Salud, que contará con una representación de la entidad federativa sede del hospital y de las entidades que forman parte de la red a la que el hospital pertenece. El director general del HRAE rendirá cuentas y recibirá autorización de la Junta de Gobierno.

La Junta de Gobierno deberá constituir diferentes comités especializados para atender y analizar asuntos relacionados tanto con la atención médico-quirúrgica como con los aspectos administrativos, y que presentarán ante la Junta

propuestas y acuerdos, según el ámbito específico de acción de cada uno de ellos.

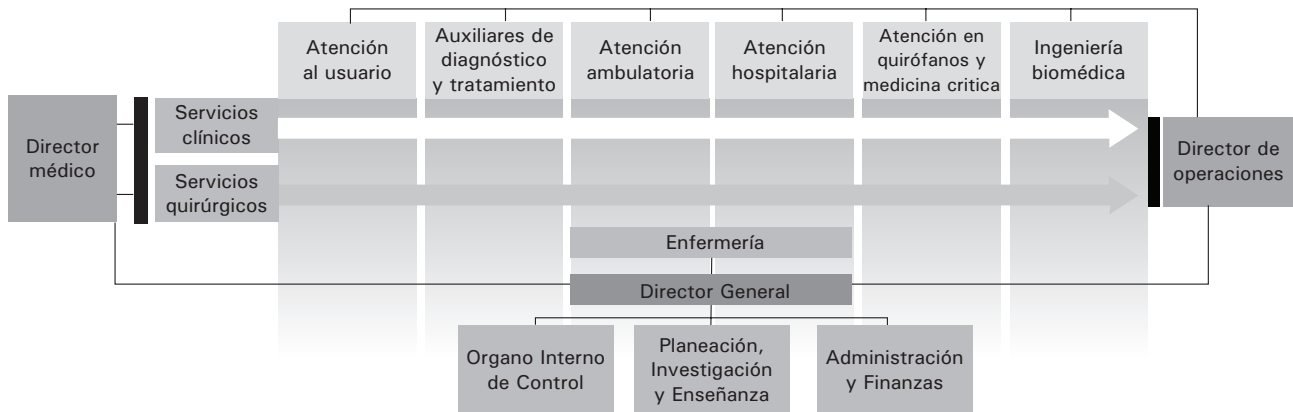
3.2 Mandos superiores

Los directivos serán seleccionados mediante convocatorias públicas y concursos por oposición y deberán contar con talentos y habilidades gerenciales específicos, y pasar por un programa de formación académica —a través de residencias administrativas con duración mínima de un año, en hospitales modelo—, estructurado conjuntamente entre el hospital y una institución educativa.

3.3 Estructura, proceso y subcontratación

En esencia, la estructura propuesta en el Modelo de Gestión del HRAE consiste en una Dirección General que coordina dos direcciones: la Médica y la de Operaciones. El director médico es responsable de conducir al paciente a lo largo del proceso de curación y cuidado, para lo cual debe gestionar los servicios clínicos y quirúrgicos que están bajo la responsabilidad del director de Operaciones, tal como se muestra en la gráfica VI.

Gráfica VI
Estructura organizacional de los HRAE



Fuente: SSA (2006:58).

El modelo propone la subcontratación de algunos servicios de diagnóstico y tratamiento, además de otros, como limpieza, seguridad, alimentación, etc., mediante convenios con asociacio-

nes civiles y sociedades mercantiles (véase gráfica VII), para que el personal directivo se concentre exclusivamente en los procesos y procedimientos sustantivos de atención a los pacientes.

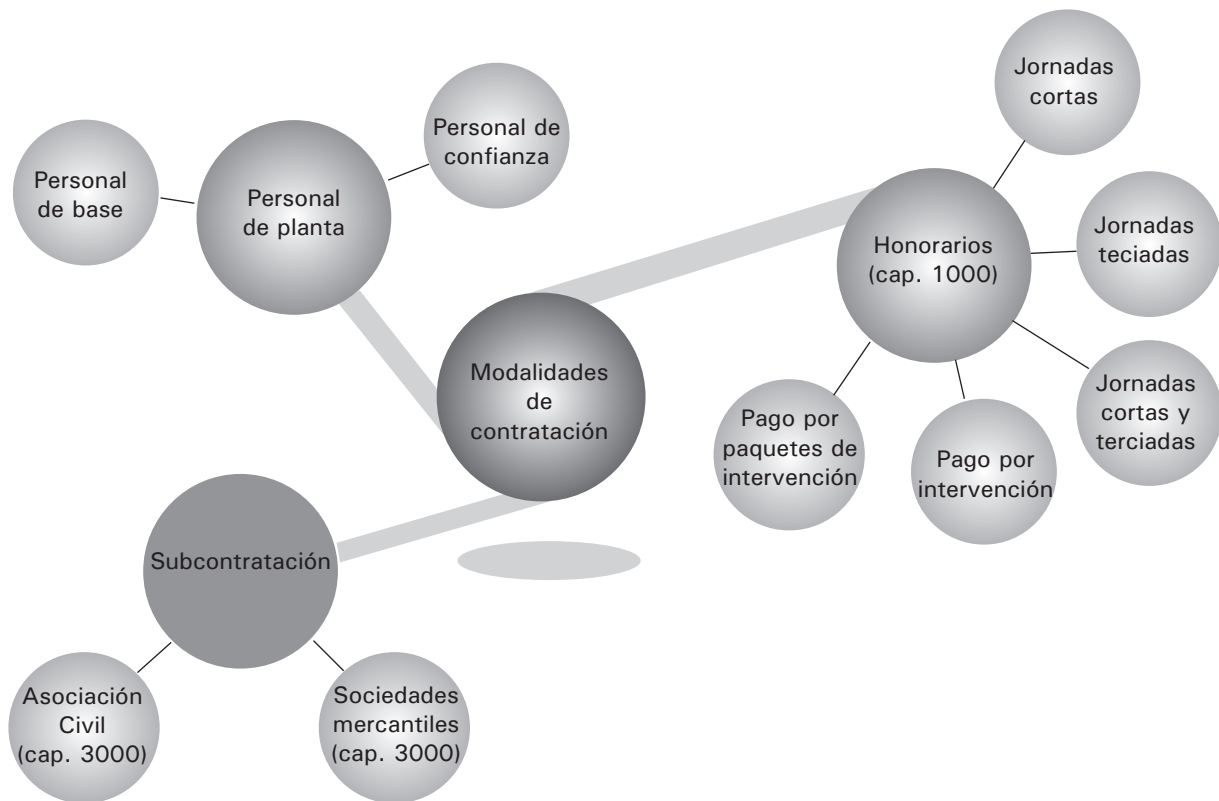
Asimismo, se subraya la necesidad de contar con equipo y sistemas de vanguardia que suministren información relativa al ámbito administrativo, financiero y procesos médicos—incluido el expediente clínico electrónico y manejo automatizado de imagenología—, todo ello con el fin de lograr un “hospital sin papel”, que permita la comunicación ágil con otros establecimientos

hospitalarios para intercambiar información en tiempo real.

3.4 Personal médico

Se plantean tres modalidades y mecanismos de contratación del personal médico, tal como se muestra en la gráfica VII.

Gráfica VII
Modalidades de contratación en el HRAE



Fuente: SSA (2006:112).

De las modalidades observadas en la gráfica VII, las que se refieren al personal médico son: i) dentro del personal de planta, médicos con base; ii) en la categoría de contratación por honorarios de personas físicas, todas las modalidades y, finalmente; iii) la contratación de personal médico especializado, organizado en asociaciones civiles.

Con todo esto, pese a que en las últimas dos modalidades no hay relación laboral entre el HRAE

y los médicos, el modelo de gestión sí establece la corresponsabilidad por actos de negligencia médica y daños a la salud en el ejercicio de su profesión.

3.5 Financiamiento privado o Proyecto de Prestación de Servicios

El Proyecto de Prestación de Servicios (PPS) es una modalidad de financiamiento privado de obras

de infraestructura —según el acuerdo de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público en el que se establecen las reglas para su realización, publicadas en el *Diario Oficial de la Federación* del 9 de abril de 2004— que consiste en la construcción y equipamiento del inmueble por parte de una empresa. Una vez concluido, se entrega al gobierno para su operación a cambio de una renta especificada en un contrato de largo plazo. El financiamiento tipo PPS o *Public Private Partnership* (PPP, por sus siglas en inglés) es de origen británico y fue utilizado por primera vez por el gobierno laborista de Tony Blair (Hodge y Greve, 2007).

El PPP o PPS (en su versión mexicana) se define de manera muy general como arreglos cooperativos institucionales entre actores de los sectores público y privado, y tiene como divisa principal disminuir la presión de las finanzas públicas, la cual lleva a las interrogantes siguientes: ¿cómo se vinculan, financieramente hablando, los actores público y privado?, ¿qué tanto interviene la organización privada en la gestión del organismo público?

Tratándose de proyectos de infraestructura, la relación organizacional que el PPS implica es fundamentalmente de dos clases: BOT (*build, own and transfer*) y BOOT (*build, own, operate and transfer*) (Hodge y Greve, 2007). El PPP mexicano, siguiendo el decreto antes citado, es del tipo BOT, es decir, aparentemente no hay intervención de la iniciativa privada en la gobernación, organización y gestión del hospital regional de alta especialidad.

4. La innovación en los HRAE

Se trata de ubicar el grado de innovación organizacional que conllevan los HRAE, la primera distinción es que se intenta adoptar el modelo de hospital presentado en la gráfica I, prevaleciente en Norteamérica y Europa, donde los médicos son profesionales independientes y no subordinados, como en el caso del personal médico de las instituciones mexicanas de seguridad social. La intención aparente es reintegrar el “mun-

do” de la curación y preservación de la vida a la organización y, con ello, lograr una conducta más ética y responsable del personal médico que la que actualmente se percibe en los establecimientos de seguridad social mexicana, pero también puede leerse como una medida que busca evadir el peso sindical, lo que resultaría en la precarización del empleo médico.

Otro rasgo que apunta a la adopción del modelo de la gráfica I antes indicado, se refiere a la intervención de la iniciativa privada en el financiamiento de los HRAE, que se logra mediante la fórmula PPS. Sin embargo, hay una discrepancia con el modelo de la gráfica I que sí incluye a los patrocinadores privados en el mundo de la comunidad.

Un rasgo importante del HRAE es que su acceso es universal, es decir, cualquier persona que padezca una enfermedad tipificada como de “alta especialidad” puede recibir sus servicios mediante una cuota diferenciada según sus ingresos; también se puede tener acceso si un “tercer pagador” —su asegurador, sea público (IMSS, ISSSTE o Seguro Popular) o privado— ha firmado un contrato con el HRAE. Tomando en consideración este punto, entonces los HRAE serían una cuarta opción: cuando las fuerzas del mercado y las institucionales se acoplan, dan lugar a una nueva forma organizacional, según la apreciación de Alexander y D’Aunno (2003) sintetizada en la gráfica III.

En el aspecto de la gobernación corporativa, en los HRAE es muy clara la línea de autoridad y no se observa el pluralismo o la complejidad, como es el caso del hospital francés en el que una poderosa Comisión Médica —integrada por representantes de todas las especialidades del establecimiento— elige a su presidente, quien prácticamente codirige el hospital (De Kervasdué, 2007).

Un examen más detallado de la propuesta de los HRAE se logra con la ayuda de los nueve indicadores que proponen Pettigrew y Massini como las variables de las nuevas formas de organización, que se muestran en la gráfica IV, y cuya aplicación se resume como sigue:

En materia de estructura, se adopta un esquema por procesos, el cual no equivale necesariamente a una estructura por proyectos, así como tampoco implica de manera automática la descentralización ni la compactación de los niveles jerárquicos.

En cuanto a los procesos médicos, el modelo del HRAE tiene una decidida preocupación por la comunicación ágil, mediante el uso de las nuevas tecnologías de información y comunicación que, incluso, llegan a plantear un “hospital sin papel”.

En materia de fronteras, es muy clara la vocación de subcontratar al personal médico, así como la mayor parte de los servicios posibles, incluso equipamiento e inmuebles. También se observa una clara intención de realizar alianzas estratégicas con el IMSS, el ISSSTE, así como de trabajar en red con otras unidades del sistema (véase gráficas V y VII).

En resumen, de los nueve indicadores de las nuevas formas de organización, según Pettigrew y Massini, es claro que el modelo de gestión

del HRAE intenta adoptar los tres indicadores de proceso y dos de frontera. Este conteo nos llevaría a clasificar la intención de innovación —de manera tentativa— como del tipo *ii*, es decir, la que resulta de una nueva combinación de procesos y estructuras organizacionales no asociados previamente. Esto es, se pretende combinar una estructura convencional para los hospitales —como es la de “procesos”— con la intensificación de los flujos de información, que resultan de las inversiones en tecnología, vinculada a nuevas prácticas en la gestión de recursos humanos y a una agresiva subcontratación de todo tipo de servicios.

5. Resultados

Las investigaciones documental y de campo, realizadas por este grupo de trabajo, arrojan los primeros resultados que se detallan a continuación. En cuanto al proyecto global de construcción y operación de 18 HRAE, en el cuadro 1 se muestra un balance a la fecha.

Cuadro 1
Estado del proyecto de los HRAE en la República Mexicana.
Datos a febrero de 2008

| | | |
|--|---|---|
| Fortalecimiento de los hospitales generales (en operación) | 5 | D.F. Guadalajara Monterrey San Luis Potosí Sinaloa |
| Nuevos en operación | 4 | Guanajuato (PPS) Oaxaca Chiapas (2) |
| Nuevos en proceso | 1 | Yucatán |
| Nuevos en proyecto | 8 | Chihuahua Coahuila Edo. de México Guerrero Querétaro Tabasco Tamaulipas Veracruz |

Fuente: Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud (2003), actualizado con información de las páginas web de los hospitales y fuentes periodísticas.

En cuanto al trabajo de campo, hasta el momento nos hemos concentrado en los hospitales de Yucatán, Sinaloa y Guanajuato, ubicados en las ciudades de Mérida, Culiacán y León, respectivamente. Los acercamientos han sido mediante entrevistas a funcionarios y directivos, investigación documental proveniente de fuentes periodísticas y páginas *web* oficiales, así como visitas y observación en el lugar de los hechos. Con base en esta información, la siguiente es una síntesis de las dificultades experimentadas en la puesta en operación de los establecimientos mencionados.

5.1 Yucatán

El gobierno del estado de Yucatán —cuyo ejercicio culminó en la primera mitad de 2007—, por intermedio de su Secretaría de Obras Públicas, asumió la responsabilidad del diseño y construcción del HRAE que se ubicó en una zona urbana de alta plusvalía de la ciudad de Mérida. Con una inversión pública federal de 854 millones de pesos, en 2003 se iniciaron las acciones concernientes al concurso del proyecto y, posteriormente, al de la obra civil y equipamiento; el diseño y la obra civil fue asignada a empresas locales.

La capacidad de diseño y construcción de hospitales de las empresas locales no fue suficiente para un proyecto de esa magnitud —reconoció en una entrevista que nos concedió el ahora ex secretario de Obras Públicas—; el resultado fue que una obra que debió inaugurarse en el primer semestre de 2007, se ha venido posponiendo en medio de sospechas de malos manejos ventilados en la prensa local y alimentados por declaraciones de funcionarios del nuevo gobierno estatal.

La primera de estas sospechas es en relación con los contratos de las 14 empresas involucradas en la construcción del hospital, los cuales, no obstante haber sido resultado de licitaciones, finalmente favorecieron a ciertas empresas locales que, además, supieron protegerse para no ser sancionadas en caso de atraso; adicionalmente, surgieron sobre la marcha múltiples modificacio-

nes a lo licitado, dando lugar a incrementos en el monto de la inversión originalmente prevista, lo que alimenta la creencia en un posible desvío de recursos.

La situación se complicó cuando, por medio de la prensa, se dio a conocer que —aún sin operar— el HRAE ya contaba con una nómina de más de 50 personas encabezadas por el director general, cuya designación por concurso abierto fue impugnada por algunos médicos locales argumentando que no llenaba los requisitos.

En medio de este clima adverso, incrementado por lo llamativo del inmueble aún sin usar, la Contraloría del estado anunció el inicio de una auditoría para fundamentar supuestas irregularidades, cuyos resultados aún están pendientes y que se presume derivarán en una denuncia penal. Por tal motivo, el ex secretario de Obras Públicas ha acudido al amparo para protegerse de posibles acciones en su contra.

5.2 Sinaloa

No obstante que en el *Diario Oficial de la Federación* del 17 de mayo de 2006 se da a conocer un acuerdo entre la Secretaría de Salud federal y el estado de Sinaloa para la incorporación de la entidad al desarrollo y ejecución del HRAE de Culiacán, Sinaloa y Unidad de Apoyo, según el esquema PPS, finalmente se decidió “fortalecer” el Hospital General de Culiacán para dejarlo en condiciones de prestar servicios de “alta especialidad”, y se construyó a un costado la Unidad de Apoyo para medicina ambulatoria.

El cambio de planes obedeció —según nos manifestó el administrador general en entrevista realizada— a que el Hospital General cuenta con una capacidad resolutive alta, producto de la experiencia y talento de sus médicos, especialmente en el área de cardiología, trasplante renal y hemodiálisis. Para ofrecer el servicio de alta especialidad se construyeron edificios anexos al Hospital General, en tanto se inicia la edificación del nuevo HRAE —está programada para comenzar en 2008— en una zona urbana de alta plusvalía comercial de Culiacán denominada Tres Ríos.

5.3 Guanajuato

El único HRAE en operación, con financiamiento PPS, está localizado en las afueras de la ciudad de León, y fue inaugurado al final del sexenio del presidente Fox. De acuerdo con lo estipulado en el contrato formal, que obra en poder de este grupo de trabajo, el consorcio español Acciona, S.A., es el propietario del edificio y, según lo convenido, la SSA erogará un total de 3 130 millones de pesos, aproximadamente, durante 25 años, por servicios de arrendamiento de bienes y equipos. Por otra parte, fuentes periodísticas han señalado que el compromiso de erogación por parte de la SSA, equivale a ocho veces el costo de la construcción.

Conclusiones

Con referencia a la primera pregunta, ¿qué tan innovadores son los hospitales regionales de alta especialidad?, se concluye que en el ámbito global, los HRAE pueden ser clasificados como innovadores si se contemplan como una nueva forma de combinar recursos públicos y privados para brindar servicios médicos de calidad y de acceso universal. Se refuerza este juicio al observarse lo impresionante que resultan algunos de ellos por su forma y tamaño y al conocerse cómo se financian. Sin embargo, la adopción de la fórmula PPS está rodeada de sospechas en cuanto a su transparencia y viabilidad.

En un segundo nivel de análisis, los HRAE presentan un grado intermedio de innovación, porque se mantiene una estructura convencional combinada con nuevos procesos y manejo ágil de fronteras; sin embargo, mantener la estructura convencional puede llevar a neutralizar las ventajas de los elementos nuevos. Todo ello sin considerar las posibles reacciones de los sindicatos frente a las nuevas políticas de subcontratación de los servicios médicos. En relación con la pregunta: ¿cuáles han sido los principales obstáculos a los que se ha enfrentado en su instrumentación y operación?, hasta el momento hemos constatado diversas dificultades —ya detalladas en la sección anterior— en la realización del diseño

original en el caso Yucatán que han venido posponiendo su puesta en marcha; un cambio en el plan original en el caso de Sinaloa, y el único que aparentemente está funcionando conforme a la intención original es el de Guanajuato. En los hechos, los primeros resultados de nuestro trabajo reportan que el diseño original se está enfrentando a serios obstáculos que dificultan su realización. Sin embargo, queda aún un camino amplio por recorrer, tanto en lo que respecta a la construcción y operación de los hospitales aún pendientes, como en lo que se refiere a este estudio, por lo cual sería muy deseable que, en lo sucesivo, se capitalicen las experiencias adquiridas y se tomen las medidas convenientes.

Fuentes bibliográficas

- Alexander, J. A. y T.A. D'Aunno (2003), "Alternative Perspectives on Institutional and Market Relationships in the US Health Care Sector", en S.S. Mick y M.E. Wyttenbach, *Advances in Health Care Organization Theory*, EUA, Jossey Bass, pp. 45-77.
- Burns, Robert (2005), *The Business of Healthcare Innovation*, Reino Unido, Cambridge.
- De Kervasdoué, J. (2007), *L'Hôpital*, París, Presses Universitaires de France.
- DiMaggio, P. (2001), "Introduction: Making Sense of the Contemporary Firm and Prefiguring Its Future", en Paul DiMaggio, *The Twenty First Century Firm, changing economic organization in international perspective*, EUA, Princeton University Press, pp. 3-30.
- Mintzberg, H. (1989), *Mintzberg on Management*, Nueva York, Free Press.
- Mucchielli, Alex (2005), "Soigner l'Hôpital, une approche systemique et communicationnelle", en Ph. Cabin, B. Choc, *Les Organisations, Etat des savoirs* Francia, Sciences Humaines, núm. 2, pp. 383-389.
- Ostroff, F. (1999), *Horizontal Organization*, Nueva York, Oxford.
- Pettigrew, A y S. Massini (2003), "Innovative Forms of Organizing: trends in Europe, Japan and USA in the 1990s" en Pettigrew, Whittington, Melin, Sanchez-Runde, van den Bosch;

Ruigrok, Numagami, *Innovative forms of Organizing, international perspectives*, Londres, Sage, pp. 1-48.

Reich, R. (2007), *Supercapitalism, the transformation of business, democracy and everyday life*, Nueva York, Alfred A Knopf.

Scott, R. W., M. Ruef, P.J. Mendel y C.A. Caronna (2000), *Institutional Change and Healthcare Organizations, From Professional Dominance to Managed Care*, EUA, University of Chicago Press.

Publicaciones periódicas

Denis, J. L., A. Langley y L. Rouleau (2007), "Strategizing in pluralistics contexts: rethinking theoretical frames", *Human Relations*, núm. 60(1), pp. 179-215.

Glouberman, S. y H. Mintzberg (2001), "Managing the Care of Health and the Cure of Disease. Part I Differentiation", *Health Care Management Review*, núm. 26(1), pp. 56-69.

Hodge, G. A. y C. Greve (2007), "Public-Private Partnership: An International Performance Review", *Public Administration Review*, xx, mayo-junio, pp. 545-558.

Ibarra-Colado, Eduardo (2007), "Mexico's Management and Organization Studies Challenges in the Twenty-First Century", *Management Research*, núm. 4(3), pp. 181-192.

March, J. G. (2007), "The Study of Organizations and Organizing since 1945", *Organization Studies*, núm. 28(1), pp. 9-19.

Otras fuentes

Secretaría de Salud (2006), *Innovaciones en Gestión Hospitalaria en México: el caso de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad*, México, SSA.

Secretaría de Salud (2003) *Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud*, México, SSA.